

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

No

929

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Fernando Enrique NOBOA RECIO

Né le 26 juillet 1907, à Azua (République Dominicaine)

Contribution à l'Étude

des

Kystes amygdaloïdes

(Travail fait dans le Service de M. le Professeur Lemaître)

Président : M. F. LEMAITRE, *Professeur*

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Fernando Enrique NOBOA RECIO

Né le 26 juillet 1907, à Azua (République Dominicaine)

Contribution à l'Étude

des

Kystes amygdaloïdes

(Travail fait dans le Service de M. le Professeur Lemaître)

Président : M. F. LEMAITRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1935

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	R DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.). Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri).. Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY.... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHTER Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.
 Justin BESANÇON. Hydrologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

A MON FRÈRE

M. E. NOBOA RECIO

Avocat

A MA SŒUR

CAROLINA NOBOA RECIO

A MON ONCLE

MIGUEL A. RECIO

*Qui m'a toujours aimé comme un fils.
Mon attachement et mon affection.*

A MES ONCLES ET TANTES

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR FERNAND LEMAITRE

Professeur de Clinique Oto-Rhino-Laryngologique
à la Faculté de Médecine
Oto-Rhino-Laryngologiste de l'Hôpital Lariboisière
Officier de la Légion d'Honneur
Membre de l'Académie de Médecine

*Qui nous a suggéré l'idée de ce travail
et accueilli dans son Service, où il nous a
permis de mener à bien cette thèse. Hom-
mage de profonde reconnaissance pour le
grand honneur qu'il nous a fait également
d'en accepter la présidence.*

A M. LE DOCTEUR G. ARDOIN

Chef de Laboratoire à la Faculté de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur

*En le remerciant bien sincèrement du
sympathique accueil qu'il nous a réservé
dans son Laboratoire, de sa précieuse col-
laboration et de ses bons conseils.*

A M. LE DOCTEUR RÉMY-NÉRIS

Ancien Interne Lauréat des Hôpitaux
Ancien chef de Clinique à la Faculté
Officier de la Légion d'honneur

*Pour le remercier de l'observation qu'il
a bien voulu nous confier, avec l'expression
de toute notre gratitude.*

A MES ANCIENS MAITRES DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE SAINT-DOMINGUE
(République Dominicaine)

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE PARIS

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

M. LE PROFESSEUR WIDAL (*in memoriam*)

M. LE PROFESSEUR HARTMANN

M. LE DOCTEUR L. RAMOND

M. LE DOCTEUR P. LAUNAY

M. LE PROFESSEUR OMBRÉDANNE

M. LE DOCTEUR WEIL-HALLÉ

M. LE PROFESSEUR GUILLAIN

M. LE DOCTEUR SÉZARY

M. LE DOCTEUR CATHALA

M. LE PROFESSEUR BRINDEAU

M. LE DOCTEUR ABRAMI

M. LE PROFESSEUR MATHIEU

M. LE PROFESSEUR LEMAITRE

M. LE PROFESSEUR TERRIEN

M. LE PROFESSEUR MARION

M. LE PROFESSEUR CLAUDE

Contribution à l'Étude des Kystes amygdaloïdes

INTRODUCTION

Les kystes amygdaloïdes qui sont observés au niveau du cou ont été pendant longtemps confondus avec les kystes dermoïdes. Cependant, la structure histologique est bien différente puisqu'ils sont constitués par un tissu épithélial, tapissés d'une muqueuse extrêmement riche en tissu lymphoïde, rappelant l'aspect histologique des amygdales.

L'étude des kystes amygdaloïdes présente un triple intérêt. Tout d'abord un intérêt pathogénique. Les tumeurs congénitales de la région du cou ont été l'objet de nombreuses discussions quant à leur pathogénie. Un intérêt nosologique. Nous verrons que dans le cadre complexe de ces affections congénitales du cou, on distingue les kystes, les fistules, les épithéliomas branchiaux. Les kystes qui seuls nous intéressent ici, correspondent à des formules histologiques extrêmement variées. A côté des kystes dermoïdes et mucoïdes (kystes thyro-hyoïdiens) nous verrons qu'il faut faire une place importante

aux kystes amygdaloïdes, de constitution bien spéciale.

L'étude de ces kystes amygdaloïdes présente également un intérêt diagnostic. Le diagnostic n'est évidemment pas clinique, tout au plus peut-on faire le diagnostic de kyste congénital. Le diagnostic est uniquement histologique. C'est dire, la nécessité de faire des coupes et de pratiquer un examen histologique systématique de toute tumeur enlevée chirurgicalement.

Nous allons étudier, successivement, l'Historique, la Pathogénie, l'Anatomie pathologique, la Symptomatologie, le Diagnostic et le Traitement de cette affection.

HISTORIQUE

En 1828, REDENBACHER distinguait parmi les différentes tumeurs du cou, les kystes proprement dits. ENSINGER, en 1839, montra qu'il existait une relation étroite entre les kystes et les fentes branchiales. Citons les travaux de CRUVEILHIER, de BROCA, de NÉLATON, de VERNHER, de HOLMES-COSTES. LANNELONGUE et ACHARD publièrent, en 1886, un traité de kystes congénitaux. A ce moment, différentes théories pathogéniques apparaissent : la théorie de l'inclusion fœtale de Geoffroy SAINT-HILAIRE, la théorie de l'hétérotopie plastique, la théorie de l'enclavement de VERNEUIL.

C'est LÜCKE, le premier, qui en 1861 publia une observation d'un kyste profond du cou, contenant une grande quantité de tissu lymphoïde. En 1872, SCHÆDE publie une nouvelle observation analogue à celle de LÜCKE et ne pouvant pas expliquer la nature histologique de ce kyste, est amené à penser qu'il s'agit de l'englobement d'un ganglion lymphatique dans la paroi du kyste. NEUMANN et BAUM-

GARTEN publient deux observations analogues. De même GUNSSENBAUER en 1892.

Une importante étude de cette question a été faite en 1905, par TERRIER et LECÈNE dans la *Revue de Chirurgie*. Ils rejettent le terme de kyste dermoïde, de même celui de kystes mucoïdes et ils proposent le terme de kyste *amygdaloïde* qui a l'avantage, en effet, de rappeler la structure histologique de la paroi et le lieu vraisemblable de leur origine.

En 1908, CHEVASSU, dans la *Revue de Chirurgie* à propos d'un kyste de la région pré-sternale, propose la dénomination de kystes *pharyngoïdes*.

VIALLETON, en 1907, essaye de réduire l'importance de l'appareil branchial proprement dit, dans la constitution de ces affections congénitales. Il pense en effet, que bien souvent ces kystes naissent aux dépens d'ébauches thyroïdiennes latérales ou aux dépens d'embryon simplifié.

PEYRON et DELANGLADE insistent sur l'origine thymique de certaines tumeurs du cou à propos de deux cas de kystes épithélio-lymphoïdes de la région carotidienne.

MÉNÉTRIER et PEYRON, en 1923, ont publié un cas de kyste épithélio-lymphoïde qui présentait des relations avec la parotide et il contenait des tubes ressemblant aux canaux excréteurs des glandes salivaires. Ces kystes auraient pour ces auteurs une origine parotidienne.

Mais à Paris, la théorie branchiale conserve sa vogue. LECÈNE et FOURNIER montrent en effet un

kyste amygdaloïde formé par l'oblitération d'une fistule branchiale. La structure de ce kyste est absolument la même que celles des kystes amygdaloïdes typiques.

Citons le travail de HICKEL, en 1925. Il fait intervenir dans la pathogénie de ces kystes une persistance anormale du canal thymo-pharyngien.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le D^r RÉMY-NÉRIS.)

M. D..., jeune homme de 25 ans, présente depuis quatre jours une amygdalite pultacée prédominant à gauche, évoluant sur des moignons amygdaliens résultant d'une intervention ancienne incomplète. Du côté gauche : on constate une masse latéro-cervicale du volume d'une noix et siégeant au niveau du lit carotidien, masse recouverte de plans tégumentaires mobiles et non infiltrés, mais douloureux à la palpation profonde.

Température du malade 38° depuis le début de l'angine.

Après trois jours d'évolution, la masse latéro-cervicale a sensiblement augmenté de volume ; mais il est toujours important de souligner que les plans superficiels ne sont nullement infiltrés alors que la tuméfaction est de plus en plus sensible à la palpation.

L'amygdalite est en régression. La douleur se précise. La température se maintient au-dessus de la normale, bien que l'amygdalite ait complètement disparu dans les jours qui suivent. Le diagnostic d'adénite qui pouvait être porté au début, est de plus en plus improbable. On décide pour

ces raisons cliniques de procéder à une incision, qui est faite sous-anesthésie générale. Au-dessous des plans cellululo-aponévrotiques non inflammatoires et du muscle sterno-cléido-mastoïdien non infiltré, on tombe sur une paroi d'apparence grisâtre, dont l'incision laisse s'écouler du pus. On fait un prélèvement de ce dernier pour examen bactériologique, de même qu'un prélèvement d'un segment de la coque grisâtre dont voici les résultats :

Prélèvement fait par M. le Dr RÉMY-NÉRIS, le 21 juillet 1933.

Examen bactériologique fait par M. le Dr G. ARDOIN, du pus prélevé.

Examen direct : Bleu,
Gram,
Thionine,

révèle la présence de très nombreux lymphocytes et polynucléaires (Proportion de 20 polynucléaires pour 100 éléments). Aucun germe microbien.

Coloration de Ziehl pratiquée en série sur 5 lames différentes = pas de bacilles de Koch.

Examen sur cultures :

Cultures en : bouillon nutritif,
gélose ordinaire,
milieu T,
gélose ascite,

après 48 heures, aucune colonie n'a pu être constatée sur les différents milieux.

Conclusion : Pus aseptique.

N. B. — Pas d'inoculation faite.

Prélèvement fait par M. le Dr RÉMY-NÉRIS, le 21 juillet 1933.

Examen biopsique fait par M. le Dr G. ARDOIN.

10 coupes en série sur fragment de 5 mm. d'épaisseur.

Fixation = Bouin.

Inclusion = Paraffine.

Au faible grossissement, les différents fragments examinés sont riches en éléments cellulaires irrégulièrement répartis et séparés par des plages de tissu conjonctif avec zones hyalinisées.

A noter, d'autre part, la présence de nodules lymphoïdes disséminés.

L'un des fragments est bordé de tissu malpighien et contient en un endroit une formation kystique revêtue de ce tissu épithélial. Le tissu malpighien, parfaitement reconnaissable et non hyperplasié (filaments inter-cellulaires nets dans certaines préparations), ne présente aucune prolifération anormale, et persiste sous forme d'une mince bande souvent très réduite sur sa longueur, mais encore identifiable, bien qu'elle fasse place à un tissu de granulation parfaitement organisé avec infiltrat polymorphe : polynucléaires, lympho-plasmocytes, parmi une couche plus ou moins abondante de fibrine.

Plus profondément, raréfaction des éléments inflammatoires, et présence d'assez nombreuses cellules fixes rameuses, donnant parfois au tissu une allure pseudo-myxomateuse. A noter également des néo-capillaires remplis d'hématies avec présence de quelques polynucléaires ; des zones d'hémorragies diffuses et des plaques de tissu hyalin.

Il faut signaler, d'autre part, la présence de quelques follicules lymphoïdes de faible étendue, avec centres germinatifs clairs, et à la périphérie desquels il n'est pas rare de retrouver la présence de polynucléaires.

A noter encore quelques rares zones très remaniées par

un processus d'inflammation et de résorption, avec nombreux macrophages et cellules pluri-nucléées.

Une invagination du tissu épithélial donne naissance à une cavité qui paraît close sur les préparations, et entièrement revêtue de tissu pavimenteux, encore reliée au revêtement. Cette cavité close (artefact possible) contient de rares cellules desquamées, de très nombreux globules sanguins et des polynucléaires souvent altérés (pycnose).

En résumé : Formation hétérotopique, paroi de kyste branchiogène, *amygdaloïde*, avec inflammation secondaire aiguë. Le tissu épithélial de revêtement ne présente aucun caractère de malignité.

Par suite de l'aspect particulier de lésions macroscopiques, un drain est mis pour assurer le drainage. L'écoulement abondant d'un pus bien lié se prolonge pendant six semaines environ.

Après cette période, on pratique la dissection de toute la masse kystique qui conduit en profondeur jusqu'au muscle constricteur moyen du pharynx, les vaisseaux carotidiens sont déjetés par la masse tumorale en dehors et en arrière. La dissection permet d'établir que le développement du kyste se fait surtout vers la région amygdalienne et après l'ablation totale de la masse on procède à un deuxième examen histologique dont voici le résultat :

Prélèvement fait par M. le Dr RÉMY-NÉRIS, le 29 septembre 1933.

Examen histologique fait par M. le Dr G. ARDOIN, portant sur la pièce opératoire de la région cervicale et deux ganglions.

Fixation = Bouin.

Inclusion = Paraffine.

I. — *Pièce principale* : a été l'objet de deux coupes à différents étages, et qui montrent parfaitement la nature kystique de l'organe intéressé dans tout son diamètre. La partie interne se trouvant en contact avec la lumière du kyste apparaît irrégulièrement revêtue d'épithélium malpighien plus ou moins hyperplasié, poussant même des prolongements acanthosiques assez loin dans l'épaisseur de la paroi.

Ailleurs, cet épithélium est remplacé par un très dense tissu de granulation, et il ne persiste que quelques rares îlots de cellules pavimenteuses isolées. De toutes manières, l'épithélium est traversé par de nombreuses cellules inflammatoires. La lumière du kyste est occupée par un infiltrat polymorphe à lympho-plasmocytes et à polynucléaires mêlés à d'assez nombreuses cellules malpighiennes desquamées. La collection liquide s'est à peu près complètement résorbée par les passages successifs dans les différents réactifs, et seules persistent quelques plages discrètes ayant les réactions du mucus.

Toute la partie située entre le revêtement épithélial et le tissu conjonctif lamelleux normal est représentée par du tissu lymphoïde affectant une disposition folliculaire avec centres clairs.

Très nombreux vaisseaux conjonctifs disséminés. Immédiatement au-dessous, et tranchant nettement sur les préparations examinées, on constate l'existence de bandes conjonctives à disposition concentrique, avec présence de petits nodules lymphoïdes entre lesquels se trouvent de véritables nappes de pigment ferrique.

A ce niveau, parmi les nombreux vaisseaux, on peut facilement isoler quelques rares groupes de vésicules de nature thyroïdienne, à cellules cubiques, le plus souvent

pluristratifiées. La substance colloïde, plus ou moins concentrée, ne présente rien de particulier.

II. — *Ganglions* : offrent l'aspect de ganglions inflammatoires dans les trois fragments considérés.

* * *

En résumé : Prélèvement confirmant le diagnostic histologique envisagé par la première biopsie (21 juillet).

Kyste branchiogène avec involution partielle de l'épithélium — inflammation secondaire aiguë — aucun indice de malignité.

Il est intéressant de souligner en dehors du diagnostic histologique de *kyste amygdaloïde* :

1° que ce dernier a été complètement méconnu du malade jusqu'à cet âge (25 ans) et que son apparition clinique s'est manifestée au cours d'une amygdalite ;

2° qu'il s'agit, d'autre part, d'une suppuration amicrobienne, confirmée par examen direct et culture.

OBSERVATION II.

(*In* thèse de THOMANN, 1925).

C. L..., octobre 1914, 49 ans. Entre à l'hôpital pour une tuméfaction de la région rétro-angulo-maxillaire.

Depuis un an, le malade a remarqué l'apparition d'une tumeur, de la grosseur d'une noisette, siégeant derrière l'angle du maxillaire inférieur. Il y a deux mois, la tumeur

a commencé à grossir, sans troubles fonctionnels marqués, si ce n'est un peu de gêne des mouvements de la mâchoire, pas de dyspnée, pas de dysphagie, pas d'enrouement de la voix, pas de vertiges, pas de maux de tête, pas de bourdonnements d'oreilles, pas de paralysie faciale, pas d'amaigrissement, pas d'anorexie, mais cependant teint jaune.

Examen : Tumeur volumineuse, ovulaire, dont l'axe est dirigé obliquement en haut et en arrière, derrière l'angle du maxillaire inférieur, le débordant de part et d'autre, se prolongeant en haut jusqu'à la pointe de l'apophyse mastoïde, bien limitée en bas et en arrière, non adhérente à la peau, non adhérente au plan profond, repoussant en arrière le sterno-cléido-mastoïdien ; consistante, polylobée, pseudo-fluctuante.

Opération le 15 octobre, par M. le Prof. LECÈNE. — Ablation par dissection de la tumeur kystique à contenu « purulent » de la région sous-angulo-maxillaire droite. Hémostase. Drainage avec une petite mèche de cellophane. Suture cutanée complète.

La poche a une paroi épaisse. Ce peut être un ganglion bacillaire ou un kyste congénital.

Examen histologique. — La paroi interne du kyste est formée par un revêtement continu, présentant la structure de muqueuse dermo-papillaire du type malpighien, sans couche cornée ; le chorion de cette muqueuse est formé, par endroits, de follicules clos, avec centre germinatif.

OBSERVATION III.

(In thèse de THOMANN, 1925.)

T. L..., 41 ans. Entre à l'hôpital pour une tumeur située à l'angle gauche du maxillaire inférieur au niveau de la région carotidienne supérieure.

Antécédent personnel : Bronchite à seize ans avec récursive chaque hiver.

Antécédents collatéraux : Une sœur a eu dans l'enfance des adénites bacillaires cervicales suppurées, cicatrisées rapidement.

Histoire de la maladie : Il y a treize mois le coiffeur lui a fait remarquer l'existence d'une grosseur, au niveau de la partie supérieure de la région carotidienne gauche. Le malade n'en souffrait pas ; malgré tout, il alla consulter à l'Hôpital Cochin, où on lui ordonna un traitement général : huile de foie de morue ; un traitement local : teinture d'iode. Ce traitement n'empêcha pas l'augmentation de volume de la tumeur, qui restait cependant indolente. Le malade se décide à venir à la consultation de M. le Prof. LECÈNE de l'Hôpital Saint-Louis.

On incise la tumeur et on lui laisse un drain qu'on enlève deux jours après. Au bout de quatre jours, la plaie opératoire est complètement cicatrisée. On lui aurait retiré du liquide un peu purulent, mal lié et surtout sanglant, ressemblant à du caséum liquide. Après être resté deux mois sans rien remarquer, il constate une nouvelle augmentation de volume.

En août 1921, nouvelle incision donnant beaucoup de

liquide franchement purulent avec des stries de sang. Pas de drainage, trois jours après, la plaie est refermée.

Trois mois après récidence. La tumeur grossissant à nouveau, le malade rentre pour une nouvelle intervention.

Examen : Tumeur fluctuante, indolore, sans rénitence, située sous le sterno-cléido-mastoïdien, au-dessous de la mastoïde et en arrière de l'angle du maxillaire. La tumeur déborde en avant et surtout en arrière le sterno-cléido-mastoïdien.

Elle a une forme ovoïde, à grand axe à peu près parallèle à celui du sterno-mastoidien. Il n'existe aucun autre ganglion au niveau des groupes lymphatiques, carotidiens ou sous-maxillaires.

L'état général est excellent.

On rectifie le diagnostic en celui de kyste amygdaloïde du cou.

Opération le 7 janvier 1922, par M. le Prof. LECÈNE. — Extirpation de la tumeur qui est située sous le sterno mastoïdien en dehors de la jugulaire interne et remonte jusqu'à la région stylo-mastoïdienne. Hémostase. Suture. Drainage avec une mèche de cellophane. La tumeur est un kyste unilobulaire, la paroi est mince, tapissée par une membrane mamelonnée, légèrement blanchâtre, qui a l'aspect d'une muqueuse pharyngienne.

Examen histologique. — La paroi interne du kyste est formée d'un revêtement continu, présentant la structure d'une muqueuse dermo-papillaire, du type malpighien ; mais il n'existe pas de couche cornée et le chorion de la muqueuse est infiltré d'un tissu lymphoïde, extrêmement abondant par endroits, avec de véritables follicules clos, pourvus d'un centre germinatif.

OBSERVATION IV.

(In thèse de THOMANN, 1925.)

N. A..., 20 ans, étudiant. Entre à l'Hôpital Saint-Louis, dans le Service de M. le Prof. LECÈNE, le 29 janvier.

D'une bonne santé habituelle, ce jeune homme a vu apparaître il y a environ trois mois, une tuméfaction dans l'angle de la mâchoire gauche, dont il ne souffrait pas ; seule son augmentation de volume l'inquiétait.

Examen : Il s'agit d'une tuméfaction du volume d'un petit œuf de poule situé sous le sterno-mastoïdien, à grand axe dirigé en arrière et en bas. La peau est indépendante de la tumeur, celle-ci est kystique, rénitente, sous tension ; la consistance est partout uniforme, la palpation ne révèle aucune douleur. Au pôle inférieur, on sent un ou deux noyaux de consistance plus ferme, qui ressemblent à des ganglions lymphatiques, accolés à la paroi des kystes.

La situation du kyste peut être appréciée de la façon suivante : il est mobile sur le plan profond et sur le maxillaire ; il est partiellement au-dessous du sterno-mastoïdien, car la contraction de ce muscle le masque en arrière et l'immobilise ; il n'y a aucune adénopathie cervicale perceptible.

L'état général est excellent. On ne trouve aucun antécédent permettant de penser à la tuberculose.

Le diagnostic clinique est : kyste congénital du cou, probablement de structure *amygdaloïde*.

Le diagnostic d'adénite est rejeté, à cause de la tuméfaction unique, de l'indolence absolue, de la consistance rénitente, trop tendue pour être une adénite abcédée.

Opération le 25 juin (D^r MOULONGUET). — Anesthésie à l'éther. Incision pré-sterno-mastoidienne. Le sterno-mastoidien est rejeté en arrière. Dissection dans un plan de clivage très net. La paroi du kyste est épaisse. Ligature d'un pédicule vasculaire très net au pôle inférieur. Le kyste est enlevé aisément, on voit au-dessous la bifurcation carotidienne. Suture en deux plans. Crins. Drainage. Guérison simple.

Le malade est revu 15 jours après, avec cicatrice souple et parfaitement guéri.

Le kyste est formé par une paroi scléreuse, à laquelle sont adjacents de véritables ganglions lymphatiques.

A l'ouverture du kyste, on voit une paroi lisse, épaisse de 2 mm. environ, le contenu est sous tension, c'est un liquide grumeleux, d'aspect sébacé.

Examen histologique. — La paroi du kyste est formée par un mince revêtement continu, présentant la structure d'un épithélium malpighien, sans couche cornée. Ce revêtement repose sur un chorion fibreux, assez épais, infiltré, de place en place, par des amas de tissus lymphoïdes, dont certains sont très volumineux, présentant la structure de véritables petits ganglions lymphatiques, avec follicules clos et centres germinatifs très caractéristiques.

Sur cette pièce, l'abondance du tissu lymphoïde organisé en véritables ganglions est tout à fait remarquable.

OBSERVATION V.

(In thèse de THOMANN, 1925.)

M^{lle} J..., âgée de 21 ans, vient consulter pour une tuméfaction de la partie latérale droite du cou. Cette tuméfac-

tion est apparue il y a 5 ans ; au moment où la malade l'a remarquée, elle avait la grosseur d'une noisette, elle s'est développée très lentement, pour atteindre il y a 2 ans, le volume d'une mandarine. A cette époque, on fait une ponction, qui donna du pus jaune ; la tuméfaction se reproduisit très rapidement et un mois après redevint ce qu'elle était avant la ponction.

Il y a un mois, une nouvelle ponction fut faite, suivie elle aussi d'une récurrence rapide.

Actuellement, il s'agit d'une tuméfaction molle, nettement fluctuante, indépendante de la peau et que l'on peut mobiliser sur les plans profonds ; son volume est celui d'une mandarine.

Diagnostic posé : *Adénite tuberculeuse abcédée.*

Opération le 9 août 1912, par M. le Prof. LECÈNE.

Dissection de la poche. Petit drain. Suture de la peau. Guérison simple.

Examen histologique. — La paroi du kyste est constituée par un revêtement continu, véritable muqueuse dermo-papillaire du type malpighien, dont le chorion est infiltré d'un tissu lymphoïde extrêmement développé. L'aspect de la préparation est absolument caractéristique et on croirait avoir à faire à une coupe passant par la région amygdalienne normale.

C'est un exemple caractéristique de kystes branchiaux à structure amygdaloïde.

OBSERVATION VI.

(In thèse de THOMANN.)

M^{lle} I. R..., 22 ans. Très bien portante, présente depuis quelques mois et sans aucune cause apparente, dans la région carotidienne supérieure gauche, une tuméfaction régulière, ovoïde, à grand axe parallèlement dirigé par rapport au sterno-mastoïdien, certainement sous-jacent à ce muscle : la tuméfaction est formée par une poche de consistance molle, fluctuante, sous faible tension.

Ce ne peut être qu'un abcès froid ganglionnaire ou un kyste congénital.

La jeune fille est très vigoureuse : il n'existe aucun autre groupe ganglionnaire augmenté de volume au niveau du cou et l'hypothèse d'un ganglion bacillaire ramolli et fluctuant paraît extrêmement peu vraisemblable.

Cependant un médecin aurait fait une ponction dans la tumeur ; on aurait recueilli un peu de liquide séro-purulent.

Malgré ce renseignement sans grand intérêt à mon (LECÈNE) avis (car je sais que le contenu des kystes branchiaux amygdaloïdes peut être d'aspect séro-purulent), diagnostic posé : kyste branchial congénital, révélé seulement depuis quelques mois.

Opération le 7 juin 1921, par M. le Prof. LECÈNE. — Incision esthétique au ras de l'insertion des cheveux, derrière la mastoïde gauche. Dissection sous-cutanée d'un tunnel qui arrive jusqu'à la poche kystique. Celle-ci est située en avant du sterno-mastoïdien gauche ; on l'isole facilement des tissus voisins en procédant avec beaucoup

de prudence : on évite la branche externe du nerf spinal qui est en arrière du kyste. Le kyste est complètement énuclé sans avoir été ouvert. Fermeture de la plaie par une suture cutanée avec petit drainage aux crins.

La malade guérit très simplement.

Elle a été revue guérie avec une cicatrice bien dissimulée sous les cheveux en février 1925, soit quatre ans après l'opération.

Examen histologique. — La paroi interne du kyste est formée par un revêtement continu présentant tout à fait la structure d'une muqueuse dermo-papillaire, dont l'épithélium pavimenteux a le type malpighien, sans cependant l'existence d'une couche cornée. Le chorion de cette muqueuse est infiltré d'un tissu lymphoïde extrêmement abondant, présentant en certains points des follicules lymphatiques complets avec centres germinatifs.

OBSERVATION VII.

(In thèse de THOMANN, 1925.)

M^{me} I..., 35 ans. D'une très bonne santé habituelle, présente depuis plus d'un an, dans la région carotidienne supérieure droite, une tumeur liquide du volume d'un petit œuf. Cette tumeur est apparue progressivement, sans phénomènes douloureux ni inflammatoires. Elle a dû être considérée comme un ganglion bacillaire ramolli, car on a fait 3 ponctions à un mois d'intervalle, avec injections de liquide modificateur. Après les ponctions il y a eu des douleurs assez vives ; du reste ces ponctions ont eu un résultat nul et la tumeur liquide s'est reproduite aussi

grosse qu'avant : on aurait retiré un liquide jaunâtre avec des débris caséeux (?)

Actuellement, la tumeur qui a tous les caractères cliniques d'un kyste peu tendu, a le volume d'un petit œuf ; elle est située en avant du muscle sterno-mastoïdien, elle n'adhère pas à la peau et elle jouit d'une certaine mobilité sur les plans profonds. Il n'existe aucun ganglion augmenté de volume au niveau des groupes lymphatiques carotidiens ou sous-maxillaires et on ne trouve aucune raison de penser à une adénite tuberculeuse ; la malade n'ayant pas de lésions pulmonaires ou viscérales.

On fait donc le diagnostic de kyste branchial et on propose l'ablation de ce kyste.

Opération (LECÈNE, le 25 novembre 1916). — Anesthésie générale au chloroforme. Dissection du kyste qui est adhérent au tronc thyro-linguo-facial et s'étend jusqu'à la grande corne de l'os hyoïde ; on évite facilement les nerfs spinal et hypoglosse.

Les suites sont très simples et la malade guérit en 10 jours.

Examen histologique. — La paroi du kyste qui contient un liquide citrin et de débris grumeleux, est formée par un revêtement épithélial continu, rappelant une muqueuse dermo-papillaire du type malpighien sans couche cornée, reposant sur un chorion lymphoïde très développé en certains points.

C'est un exemple typique de kyste branchial amygdaloïde du cou.

SYMPTOMATOLOGIE

Nous dirons tout de suite, que les kystes amygdaloïdes sont d'un diagnostic clinique impossible. Ces kystes n'entraînent aucun trouble fonctionnel, aucune gêne, et c'est seulement la constatation d'une tuméfaction qui amène le malade à consulter. On est en présence d'une tuméfaction lisse, régulière, mobile, indolore, nettement limitée. Elle siège, soit dans la région sous-maxillaire, soit dans la région carotidienne supérieure. Le sterno-cléido-mastoïdien recouvre cette tuméfaction, qui la déborde généralement en avant.

La forme de cette tuméfaction est ovoïde, parfois sphérique, exceptionnellement multilobulaire.

On a signalé parfois l'existence de faux battements dus au voisinage du paquet vasculo-nerveux.

Si l'on ponctionne le kyste (pratique à déconseiller), on retire généralement un liquide d'aspect laiteux, plus rarement séreux ou purulent.

L'évolution de ces kystes est très lente, on peut noter un accroissement progressif, mais n'entraî-

nant jamais aucune gêne. Parfois, au contraire, on peut noter une augmentation assez rapide de la tuméfaction. Il est des cas où les phénomènes inflammatoires interviennent, la tuméfaction est rouge, chaude, douloureuse, c'est le tableau d'un abcès, dont l'ouverture sera le point de départ d'une fistule. Une pareille éventualité pourra survenir également, si l'on a malencontreusement ponctionné ce kyste. Il est des cas où la fistulisation peut survenir spontanément, en dehors de tout phénomène inflammatoire. Enfin, notons la possibilité d'augmentation de volume avec adhérences, entraînant des phénomènes de compression : gêne de la déglutition, de la phonation, douleur, céphalée, voire même, mais cas tout à fait exceptionnel, possibilité de dyspnée, de congestion de la face par compression de la jugulaire. .

Le pronostic est donc, on le voit, extrêmement bénin.

PATHOGÉNIE

La pathogénie des kystes amygdaloïdes a été des plus discutée. Nous envisagerons les différentes théories émises.

Certains auteurs ont pensé qu'il s'agissait de kystes épithéliaux développés à l'intérieur d'un ganglion lymphatique ; cette hypothèse a été émise surtout par les anciens auteurs. C'était là l'opinion de LÜCKE en 1861. SCHÆDE avait une opinion analogue, cependant il pensait que le kyste épithélial était secondairement enveloppé par du tissu lymphoïde. Cette hypothèse a été également soutenue par CAMPENON et ALBARRAN.

ALBRECHT et ARTZ pensaient que des germes aberrants des glandes salivaires pouvaient rester inclus dans les ganglions du cou et ultérieurement être le point de départ des tumeurs kystiques.

Toutes ces opinions doivent être rejetées à l'heure actuelle. Cette théorie, en effet, n'explique nullement la pénétration du tissu épithélial à l'intérieur du tissu ganglionnaire. D'autre part, tout tend à démontrer l'existence d'une prolifération simultanée du tissu épithélial et lymphoïde.

D'autres auteurs (GUNSSENBAUER) ont soutenu que ces formations amygdaloïdes étaient dues à la métaplasie lymphoïde de l'endoderme.

On a pu soutenir également, que ces formations étaient analogues aux tumeurs mixtes que l'on rencontre au niveau du testicule et de l'ovaire. Cette théorie a été soutenue par FORGUE et MASSABUAU.

On a envisagé de même, que ces formations avaient leur origine dans les ébauches thyroïdiennes latérales.

Nous n'avons envisagé ces différentes théories que pour être complets. Nous arrivons maintenant à la théorie soutenue par la plupart des auteurs : les kystes amygdaloïdes sont des dérivés branchiaux.

Cette théorie avait déjà été soutenue, en 1877, par NEUMANN et BAUMGARTEN et par DARIER en 1894. Ces auteurs pensaient, que ces kystes étaient dus à la persistance de résidus de l'appareil branchial. Cette théorie fut précisée en 1905 par TERRIER et LECÈNE. Ils attribuent l'origine de ces kystes à la deuxième fente branchiale.

Rappelons en un mot, l'embryologie du cou. Au début de la vie de l'embryon, le cou n'existe pas : la tête est accolée contre le thorax ; vers le quinzième jour apparaissent sur les parties latérales les premières traces des arcs branchiaux qui se développent par des bourgeons apparus au niveau des vertèbres céphaliques ; ainsi se constituent les arcs branchiaux, qui sont au nombre de quatre.

Le premier arc, arc hyoïdien, prend un développe-

ment considérable dans la constitution définitive du cou, et recouvre peu à peu le troisième et quatrième arc qui, eux, se soudent avec les téguments du thorax ; il en résulte la formation entre la tête et le thorax, d'une fissure étroite constituant le sinus pré-cervical dont l'entrée se rétrécit peu à peu, et dont le fond tapissé d'ectoderme, disparaît progressivement par l'accroissement des parois. Il s'ensuit, qu'au-dessous du second arc se trouve inclus une série de débris tégumentaires, origine possible de kystes.

Mais tous les arcs branchiaux entrent dans la constitution de la paroi pharyngienne ; les différents débris branchiaux sont capables d'être le point de départ de kystes du cou. Qu'un arc supérieur se soude précocement à l'arc sous-jacent, et il se constitue un pli ecto ou endodermique inclus entre les deux arcs ; si l'enclavement porte sur la poche externe il se produit un *kyste amygdaloïde*, si l'enclavement porte sur la poche interne il se forme un *kyste mucoïde*. Qu'une fente branchiale se ferme incomplètement, on a alors une *fistule branchiale* ; qu'un pincement endodermique de la paroi pharyngienne primitive se produise au point même où elle donne naissance à l'amygdale, on aura alors un *kyste amygdaloïde*, c'est-à-dire un kyste avec du tissu lymphoïde sous-jacent à un épithélium. Cet épithélium d'ailleurs sera variable selon l'époque de l'évolution. En effet, au début du troisième mois, la plupart des cellules sont prismatiques. Vers le

milieu de ce même mois, ces cellules se couvrent de cils vibratils. Ultérieurement, les cellules prismatiques seront remplacées par des éléments pavimenteux. La pathogénie de ces kystes explique donc que le revêtement épithélial d'un kyste amygdaloïde puisse être variable, soit épithélium prismatique cilié, soit pavimenteux stratifié. Ce qui caractérise donc ces kystes, c'est l'existence de la couche lymphoïde qui est constante, et présente toujours la même structure.

Il faut également remarquer que dès le début de la vie fœtale, la muqueuse pharyngée est extrêmement riche en tissu lymphoïde.

Les amygdales, au point de vue embryologique, apparaissent vers le troisième mois sous la forme d'une invagination de la paroi du pharynx. Cette invagination se produit au niveau de la deuxième et troisième fente branchiale. De sorte que, au troisième mois, les amygdales se présentent sous la forme d'une fente qui s'enfonce entre le repli palatoglosse en avant, et pharyngoglosse en arrière. Rapidement on voit apparaître une infiltration leucocytaire diffuse. Bientôt apparaissent des follicules clos.

TERRIER et LECÈNE ont montré, que ces kystes amygdaloïdes provenaient d'un enclavement ayant lieu aux dépens de la deuxième et troisième fente branchiale interne, point de formation de l'amygdale ; c'est d'ailleurs en ce point que s'ouvrent les fistules latérales du cou. Ces auteurs ont, en effet,

souligné l'identité de structure entre la paroi d'un kyste amygdaloïde et la constitution d'une coupe d'amygdale en voie de développement sur un fœtus. Ils ont d'autre part publié une observation de kyste ayant absolument la même structure que la muqueuse normale du pharynx au point où se forment les amygdales et qui contenait des débris alimentaires, fait, montrant bien qu'il avait eu une communication avec le pharynx à un moment donné.

Les kystes que nous étudions méritent donc bien le nom d'*amygdaloïdes*, dénomination qu'indique d'une manière précise, et leur structure et leur origine.

Mais tous les auteurs n'admettent pas la théorie émise par TERRIER et LECÈNE. C'est ainsi, que CHEVASSU se basant sur un certain nombre de faits, estime que la dénomination de kystes amygdaloïdes est trop étroite, et il préfère celle de kystes *pharyngoïdes*. En effet, pour cet auteur, en présence d'un kyste congénital du cou dont la paroi est formée par un revêtement épithélial doublé d'un tissu lymphoïde, on peut sans aucun doute conclure qu'il provient de l'endoderme branchial, mais rien ne permet d'affirmer une origine déterminée au niveau de l'appareil branchial.

WENGLOWSKI pense que ces kystes proviennent des vestiges du canal pharyngo-thymique. On sait en effet, que la troisième poche branchiale donne origine par sa face dorsale à la glande thymique et par sa face ventrale au canal pharyngo-thymique.

En réalité, la théorie émise par WENGLOWSKI correspond à certains kystes congénitaux du cou. Dans ces cas, au niveau de la partie profonde de l'épithélium, les cellules prennent une disposition rappelant celles du réticule thymique. On trouve des corpuscules de HASSAL, toute constatation histologique qui permet de fixer l'origine de ces kystes dans le canal pharyngo-thymique, prolongation de la troisième poche branchiale, ou dans le canal thymique qui le continue.

De toutes ces considérations pathogéniques, il n'en reste pas moins, qu'il est des cas où l'examen histologique permet d'affirmer qu'on est en présence d'un kyste amygdaloïde proprement dit, c'est dire, d'un kyste qui a eu comme point de départ une invagination de la deuxième poche branchiale, point de formation des amygdales.

En effet, on constate parfois des formations lympho-épithéliales, où l'on voit la présence de papilles et de cryptes, de même des centres clairs au sein du tissu lymphoïde reproduisant la structure de l'amygdale. Cette constatation histologique nous incite à admettre que le kyste amygdaloïde s'est bien développé aux dépens de la paroi pharyngée, au niveau de la deuxième poche endodermique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

SIÈGE.

Les kystes amygdaloïdes siègent en général au niveau de la région carotidienne, au niveau de la région sous-maxillaire. Dans ces régions ils ont un siège profond, sous-jacents au peaucier, à l'aponévrose cervicale moyenne, sous le sterno-cléido-mastoïdien.

Par rapport au paquet vasculo-nerveux du cou, le siège est variable, mais dans tous les cas, et cela est capital au point de vue opératoire, il existe des adhérences intimes avec ce paquet vasculo-nerveux, de sorte que parfois on peut être amené à réséquer la jugulaire.

Les rapports avec l'os hyoïde sont souvent intimes, de même avec la paroi latérale du pharynx.

FORME.

De forme variable, ces kystes sont souvent uniloculaires et rarement multiloculaires.

EVOLUTION ANATOMIQUE.

Ces kystes sont capables d'augmenter subitement de volume. Ces augmentations de volume coïncident avec l'accumulation à l'intérieur du kyste, d'une substance amorphe très caractéristique.

Parfois le kyste s'enflamme, il grossit, il devient douloureux, la peau rougit, il se forme un véritable abcès qui s'évacue spontanément.

Après l'évacuation du pus, spontanée ou provoquée, il se forme le plus généralement une fistule, qui n'a aucune tendance à se fermer.

Paroi du kyste. — La surface du kyste est irrégulière, inégale, elle présente des petites saillies séparées par des sillons. Cependant il est des cas où la paroi interne du kyste est lisse, présentant un aspect séreux. Parfois on peut noter une ou deux brides, partageant le kyste en deux ou trois parties.

Si l'on pratique une coupe de la paroi d'un kyste, on constate qu'elle est formée de deux couches, l'une externe, dense, d'aspect fibreux ; l'autre interne, plus molle, formant les saillies que nous avons déjà signalées.

Contenu. — Le contenu du kyste est d'aspect variable. Il s'agit le plus souvent d'un liquide laiteux, semblable au colostrum, mais parfois grisâtre, parfois jaunâtre, exceptionnellement puriforme. Ce li-



FIG. 1 (observation 1).

Vue d'ensemble montrant la lumière kystique dilatée, et la paroi riche en infiltrats lymphoïdes, doublée extérieurement d'une coque fibro-hyaline.

quide a une consistance plus ou moins crémeuse, parfois il a un aspect grumeleux, mal lié.

L'examen de ce liquide montre l'existence de cellules desquamées de l'épithélium pavimenteux environnant. Ces cellules pour SABRAZÈS et BONNIN, seraient bourrées de graisses, surtout de lipoïdes. « Nous pensons qu'on ne peut pas comprendre l'extraordinaire accumulation de matières grasses rassemblées dans ce liquide kystique laiteux, sans le rattacher à des actions lypasiques locales qui agissent sur les graisses neutres des cellules mortes qui desquament » (SABRAZÈS et BONNIN).

L'examen microscopique révèle également dans le liquide contenu dans le kyste, des leucocytes, des paillettes, des cristaux de cholestérine, des rares globules rouges, mais on ne trouve jamais ni poils, ni matière sébacée véritable.

EXAMEN HISTOLOGIQUE DE LA PAROI.

Au point de vue histologique, ce qui est tout à fait caractéristique, c'est la constatation du tissu lymphoïde sous-jacent à l'épithélium. La constitution histologique de cet épithélium est variable, il peut être polyédrique, prismatique cilié, stratifié, **pavimenteux stratifié**.

Au-dessous de la couche épithéliale, on trouve du tissu lymphoïde. Ce tissu lymphoïde peut se présenter sous la forme d'une couche continue avec épaississements en certains points. Parfois, le tissu lym-

phoïde n'existe que par places. De toute manière, la couche lymphoïde est constante, c'est elle qui caractérise les kystes amygdaloïdes.

Il convient de mettre en valeur le phénomène de la réticulation de l'épithélium, qui est tout à fait curieux. On constate dans des zones du revêtement épithélial, des cellules cylindriques, qui deviennent polyédriques, qui se déforment, qui donnent naissance à des prolongements, prolongements qui, s'unissant les uns aux autres, constituent un véritable réticulum. On note l'existence de lymphocytes provenant de la couche lymphoïde sous-jacente. Il existe au niveau de ce réticulum une véritable solution de continuité entre l'épithélium et le tissu lymphoïde.

Ce phénomène a été décrit par DELANGLADE et HICKEL. Récemment, BRACHETTO-BRIAN y a insisté à nouveau, « mais il est bien difficile de dire si ce phénomène de la réticulation a un point de départ épithélial ou si, au contraire, il est dû à l'invasion d'éléments lymphocytaires au niveau de l'épithélium » (BRACHETTO-BRIAN). Nous pensons que ces aspects de *faux* réticulum sont conditionnés par des phénomènes d'ordre purement inflammatoire.

Telle est donc, la constitution histologique des kystes amygdaloïdes. Nous répéterons que, ce qui caractérise ces kystes, c'est la constatation au-dessous d'une couche épithéliale, d'un tissu lymphoïde dont la constitution rappelle la structure de l'amygdale.



FIG. 2 (observation 1).

Fort grossissement d'un point de la figure 1 montrant le revêtement épithélial malpighien hyperplasié par endroits et l'infiltrat lymphoïde diffus.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic clinique des kystes amygdaloïdes est impossible. Tout au plus pourra-t-on être amené à cause de son siège, à penser à la possibilité de kyste congénital du cou.

Avant d'arriver au diagnostic de kyste congénital du cou, il conviendra d'éliminer différentes affections. On éliminera, bien entendu, un *ganglion tuberculeux* qui s'accompagne d'autres adénites, de mauvais état général le plus souvent.

Les tumeurs de la glande thyroïde suivent les mouvements d'élévation du larynx pendant la déglutition, elles sont immobiles verticalement, mobiles transversalement, elles s'associent généralement à une tuméfaction diffuse du corps thyroïde.

Le diagnostic de *tumeur de thyroïde aberrante* est bien souvent impossible.

Le lipome, par sa consistance un peu spéciale, pourra parfois être retenu.

L'anévrysme carotidien est de diagnostic aisé, il est en effet animé des battements, il est réductible.

Le diverticule œsophagien sera facilement reconnu.

Est-on en présence d'une fistule ? D'autres diagnostics vont se poser alors.

La fistule tuberculeuse pourrait parfois induire en erreur, mais l'aspect même de cette fistule, les antécédents, l'évolution, l'état général du sujet permettront de reconnaître l'origine tuberculeuse de la fistule.

On éliminera également une fistule d'origine *dentaire* ou d'origine *osseuse*.

On est alors amené à envisager *les kystes congénitaux du cou*.

Il sera facile d'éliminer ceux qui prennent leur origine au niveau du canal thyroéglasse. Ils sont situés sur la ligne médiane ou para-médiane gauche, le long du canal thyroéglasse, c'est dire qu'on peut les trouver dans les régions linguale, sus-hyoïdienne ou sous-hyoïdienne.

Il faudra également penser aux kystes dermoïdes du cou, qui sont surtout situés sur la ligne médiane, depuis le plancher buccal jusqu'au sternum, parfois le long du bord interne du sterno-cléido-mastoïdien, mais souvent ce diagnostic sera un diagnostic histologique. Ces kystes sont recouverts par un épithélium stratifié avec éléidine et couche cornée, poils, glandes sébacées et sudoripares, ils proviennent, on le sait, de l'enclavement de la portion ectodermique d'une fente branchiale, le plus souvent la deuxième ; ce qui explique leur siège au niveau de la région carotidienne, sus ou sous-hyoïdienne.

Ce n'est évidemment que l'examen histologique

qui permettra de différencier les kystes amygdaloïdes des autres kystes également d'origine endodermique. Un examen histologique poussé, permettra de reconnaître un kyste *uniquement pharyngoïde*, distinction qui d'ailleurs est discutée par certains auteurs. Ce qui distingue les deux kystes, nous l'avons déjà dit, c'est que le tissu lymphoïde se dispose sous forme de papilles et de cryptes, qui rappellent fort la structure histologique de l'amygdale.

Nous avons vu également, qu'il existait des kystes à différenciation thymique, où l'on trouve le réticule thymique et les corpuscules de HASSAL.

Enfin, il existe des kystes et des tumeurs mixtes, qui se développent aux dépens de la zone limite entre l'ectoderme et l'endoderme d'un arc.

On voit donc, qu'en présence d'une tuméfaction kystique, située au niveau de la région carotidienne, c'est seulement l'examen histologique qui permettra de reconnaître la nature exacte de celle-ci.

TRAITEMENT

Seul le traitement chirurgical doit être envisagé ; mais deux points doivent être mis en lumière, d'une part il est capital d'enlever la poche tout entière, la moindre partie de la poche oubliée sera, à coup sûr, le point de départ d'une récurrence. L'autre point qui mérite d'être souligné, c'est le rapport étroit qui existe le plus souvent entre le kyste et le paquet vasculo-nerveux du cou. C'est dire que l'intervention ne sera pas toujours aisée.

Il importera également de rechercher systématiquement l'existence d'un pédicule, qu'il faudra alors disséquer avec soin. Incision cutanée, hémostase soigneuse des veines superficielles, on cherchera attentivement le plan de clivage autour du kyste. Au niveau des adhérences, on restera accolé à la coque fibreuse, en vue d'éviter des blessures vasculaires ou nerveuses. Il peut arriver qu'on ouvre le kyste, il faut alors à l'aide d'une pince oblitérer l'orifice et terminer l'énucléation du kyste. En cas d'inflammation antérieure, il n'existe alors aucun plan de clivage, ce qui rend l'opération particulièrement délicate.

Après une bonne hémostase, le drainage est généralement inutile.

Le traitement médical des kystes amygdaloïdes n'existe pas.

Le traitement par ponctions suivi d'injections modificatrices doit être formellement rejeté.

CONCLUSIONS

I. — Les kystes amygdaloïdes peuvent être considérés comme développés aux dépens de la poche branchiale pharyngée. L'enclavement qui donne naissance à ces kystes se produirait au niveau de la deuxième et troisième fente branchiale interne, au point où se formera plus tard la fistule amygdalienne et l'amygdale.

II. — Au point de vue histologique, ce qui caractérise les kystes amygdaloïdes, c'est l'existence en dessous d'un tissu épithélial, de tissu lymphoïde de structure analogue au tissu amygdalien.

III. — Au point de vue clinique, les kystes amygdaloïdes se présentent sous l'aspect d'une tuméfaction kystique siégeant dans la région carotidienne supérieure, au-dessous du sterno-cléido-mastoïdien. Ce kyste présente des adhérences souvent intimes avec la paroi latérale du pharynx, notion qu'il importera d'avoir à l'esprit au moment de l'intervention.

IV. — Au point de vue thérapeutique, le seul traitement est le traitement chirurgical, intervention qui nécessite l'ablation complète de la poche, intervention qui n'est pas toujours aisée, du fait des adhérences que nous avons déjà signalées.

Vu : le Président de la thèse,

F. LEMAITRE.

Vu : le Doyen,

ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- AGACIANTZ. — Les kystes congénitaux de la région latérale du cou (*Thèse Montpellier*, 1910-1911).
- ALBARRAN et CAMPENON. — *Bull. de la Soc. Anat. de Paris*, 1885, p. 298 ; *Arch. de Physiologie*, 1885.
- ALBECHT und ARTZ (L.). — Papillare cystadenome in lymphdrusen (*Frankf. Zeit. f. patho.*, 1900).
- ANGER (Th.). — *Bull. et Mémoire de la Soc. de Chirurgie*, 1881.
- BAUMGARTEN et NEUMANN. — Zwei Falle von Fissula colli congenita cystica (*Archiv für klinische chirurgie*, Bd XX, p. 819).
- BUCCARINI. — Collaboration à l'étude des kystes et des fistules congénitales du cou (*Archiv. Italiano de Chirurgica*, 1924, vol. IX, fasc. III, p. 279).
- BERGER (Paul). — Epithéliomas branchiogènes (*Communication au Congrès de Chirurgie*, 1897).
- BOTTINI. — *La chirurgica del collo*. Milano, 1896, p. 34.
- BRACHETTO-BRIAN (D.). — Tumor amigdaloides de cuello (*Bol. y trab. de la Soc. Cirug.*, 1931, XV, p. 718).
- Tumores y quistes amigdaloides. Sobre el origen, la estructura y la clasificacion de ciertas formaciones vestigiarias del cuello (*Prensa medica argentina*, 10 de febrero 1932).

- BROCA. — Art. in *Traité de Chirur.* de Dupuy et Richer, t. V, 2^e éd., Paris, 1898.
- BROCA et MASSON. — Kystes congénitaux du cou à paroi dermo-lymphoïde (*Presse médicale*, 11 septembre 1909).
- CALDWEL. — Congenital tumor of the neck (*Lancet clinic.*, V, 1914) ; congenit. tumor of the neck (*Tr. South Surger. et Gynecol. Ass.*, 1913 ; *Atlanta*, 1914, XXVI, t. 76-289).
- CASSANELLO. — Su due casi di cisti branchiogene (*Giornal delle scienze mediche*, 1903).
- CASSIGLIONI. — Tumori cisti congenitale del collo (*Atti di Soc. Lomb. di sc. med.*, 1924, X, p. 273-279).
- CESSAN. — Kystes dermo-lymphoïde du cou (*Toulouse méd.*, 1905).
- CHEVASSU. — Théorie blastodermique (*Thèse Paris*, 1906, p. 85).
- Les kystes branchiaux à structure pharyngo-salivaire et en particulier pré-sternaux (*Revue de Chirurgie*, 1908).
- CIGNOZZI. — Cisti congenitali del collo di origine branchiale (*Policlinico Sezione chirurgica*, 1911).
- COLTELLONI. — Sur la présence des tissus lymphoïdes dans la paroi de certains kystes branchiaux du cou (*Thèse Paris*, 1905).
- CORONE. — Les kystes congénitaux de la région du cou (*Gazette des Hôpitaux*, 20 janvier 1912).
- CUSSET. — Etude sur l'appareil branchial des vertébrés et sur quelques affections qui en dérivent chez l'homme. Paris, 1877.
- DARIER. — Dans la thèse de M^{lle} Sulicka. Paris, 1894, n^o 432.

- DALLA-VEDOVA. — Per la conoscenza delle cisti congenitali del pavimento della bocca (*Policlinico sez. chir.*, XIV, 1907).
- DEBEYRE et SALEZ. — Kyste amygdaloïde sous-laryngé du cou (*L'Echo médical du Nord*, 2^e série, n° 603, 36^e année, 6 févr. 1932).
- DE GAETANO. — Deformita del collo per malformazioni, embrionali cisti e fistole congenitali (*Archiv. italiano di chirurgica*, 1921).
- DELANGLADE-PEYRON-ROUX LA CROIX. — Sur l'origine thymique de certains kystes congénitaux du cou, sur l'histogenèse des kystes épithéliaux lymphoïdes (*Bull. Assoc. Cancer*, juin 1914).
- DELAGÉNIÈRE (de Tours). — Fistule congénitale du cou (*Bull. et Mémoire de la Soc. de Chir. de Paris*, 1898, p. 1141).
- DESSAUER. — *Thèse de Berlin*, 1879.
- DOUGLAS. — Branchio-genic cyst. with sinus leading into pharynx (*Ann. Surg. plula*, 1918).
- ESTOR et MASSABUAU. — Les prétendus kystes branchiogènes multiloculaires du cou (*Revue de Chirurgie*, 10 septembre 1908).
- FERRY. — Les kystes dermo-lymphoïdes du cou (*Thèse Montpellier*, 1907).
- FORGUE et MASSABUAU. — Comment se pose actuellement la question des kystes congénitaux du cou (*Prov. méd.*, 15 févr. 1908, p. 71-72).
- GERMOND. — Contribution à l'étude des fistules congénitales du cou (*Thèse de Lyon*, 1902).
- GIGUNTI. — *Thèse de Montpellier*, 1900.
- GIORDANO. — Contributo allo studio delle fistole laterali branchiali (*Riforma medico*, 1895; II, p. 530).

- GLASS. — Über ein branchiogenes papillaires. Cystadeno. Lymphom der Regio parotidea (*Frankf. Zeitschr. f. Path.*, t. IX, 1912, p. 335-342, 1 fig.).
- GRANDCLAUDE (G.) et LIÉGEOIS (M.). — Cisti amigdaloides del pavimento della bocca (*Soc. Anat. di Paris*, sed del 14 mars 1929 ; *Rip. Annales d'Anatomie pathologique*, vol. VI, n° 3, p. 333-335).
- GUSSENBAUER. — Ein Beitrag zur Kenntniss der branchiogenen Geschwulste (*Beitr. zur Chir., Festschrift Billroth*, 1892).
- HAMMAR. — Das Schicksal der, Zweiten Schlundspaltes Zur Vergleichenden Embryologie und Morphologie der Tohsille (*Archiv. f. mick. anat.*, vol. 61-191).
- Ein beachtenswerter. Fall von kongenitaler (*Halskiemenfistel Beitr. Zur path. Anat.*, 1904).
- HEUSINGER. — *Archiv. Phys.*, p. 184, t. XXXIII.
- HICKEL (P.). — Tumeur amygdaloïde polykystique du cou (*Soc. Anat.*, mai 1924, p. 344-349, 1 fig.).
- Tumeurs amygdaloïdes polykystiques du cou (*Annales d'Anat. path.*, 1925, p. 105).
- JEANBRAU. — Du tissu lymphoïde dans les kystes dermoïdes du cou (*Société anatomique* de juin 1900).
- JORDAN. — Handbuch der praktischen (*Chirurg. Von Bergmann, Bruns, Mickulicz*, Bd II, p. 118).
- JOHNSON. — A branchiogenie cyst. Un. States Nav. (*Bull. Wash.*, 1916).
- KIRMISSON. — Maladies chirurgicales d'origine congénitale, 1898, p. 157.
- KOLLIKER. — *Traité d'Embryologie*, 1880.
- KOLLMANN. — Lehrbuch der Entwicklungsgeschichte des Menschen, 1898, p. 136.

- KOSTANECKI und MIELICKI. — Die angeboren. Kiemen-fisteln des Menschen Virchow's (*Archiv*, Bd 120-121).
- LAUTSMANN. — De quelques cas de kystes congénitaux du cou (*Thèse Nancy*, 1909).
- LANNELONGUE et ACHARD. — *Traité des kystes congénitaux*, 1886-1890.
- LANNELONGUE et MÉNARD. — Affections congénitales. Paris, 1891.
- LECÈNE. — Adénome et kyste de la parotide (*Revue de Chirurgie*, 1908).
- LECÈNE et FOURNIER. — *Société de Chirurgie*, 1924, p. 106.
- LE GLAND. — *Thèse de Lille*, 1908.
- LEJARS. — Fistule branchiale à paroi complète (*Le Progrès médical*, n° 7, 1892).
- LEUZI. — Contributo allo studio delle fistole cervicali congenite (*La Clin. chir.*, 1905).
- LUCKE (A.). — Über Atheromeysten der Lymphdrusen (*Arch. f. klin. Chir.*, t. I, 1861).
- MAYO. — *Journ. of the cancer. Med. ass.*, 1911, LVII.
- MARTENS. — Congenitale fisteln und cysten des Halses (*Inaug. diss.* Leipzig, 1905).
- MARAZZONI. — Cisti congenite del collo (*Gaz. degli ospedali et delle clin.*, 1910).
- MAZZA et CASSINALI. — Cystadenolymphome papillaire de la région parotidienne (*Soc. Biol. Buenos-Ayres*; *C. R. Biol.*, 10 févr. 1923).
- MÉNÉTRIÉR, PEYRON, SURMONT (J.). — Sur un cas de kyste épithélio-lymphoïde du cou (*Bull. Ass. cancer*, mars 1923, XII, p. 205).

- MURPHY. — Congenital cyst. of neck extending into axilla (*Surg. Clinic.* Chicago, 1916).
- NATHAN et STEPHAN. — Un kyste congénital du cou (*Société Anat.*, mai 1919).
- NEISSE. — *Anat. Hefte*, 1868, X, partie anat.
- NEUMANN et BAUMGARTEN. — *Archiv fur klin. chirurg.*, 1877, t. XX, p. 819.
- PIAZZA. — Contributo alla conoscenza de la formazioni congeniti dell. coll. (*Polichl.* Roma, 1913, Sez. Chir., 1879).
- PILLIET. — Deux cas de kystes dermo-lympho du cou (*Bull. Soc. anat.*, 1879).
- REBATTU et PARTHIOT. — Kyste amygdaloïde du cou (*Rev. de Laryngologie.* Paris, 49, 771-773, 31 déc. 1928).
- RETTERER (E.) et LELIÈVRE (A.). — Structure et histogenèse des végétations adénoïdes (*Arch. de Méd. expér. et d'Anat. Path.*, n° 4, juillet 1911, p. 387-425, 12 fig.).
- SABRAZÈS et BONNIN. — Sur la cystologie des épanchements laiteux provenant des kystes amygdaloïdes du cou (*Bull. Ass. franç. du Cancer*, 1923, XII, 216).
- SANTORO. — Sulla importanza della terza fissura branchia nella formazione delle ciste laterali congeniti del collo (*Morgua qui Milano*, 1915).
- SERAFINI. — Di alcune cisti dermoidi del collo (*Policlinico*, 1917, fasc. 5).
- SCHAEDE. — *Archiv fur klin. chirurgie*, 1872, t. XIV, p. 1.
- SULICKA (Mlle). — Contribution à l'étude des fistules et kystes congénitaux du cou (*Thèse Paris*, 1894, n° 432).

- SULTAN. — Zur kenntnis der Halseysten und Fistel
(*Deutsche Zeitschrift für chirurgie*, 1898).
- SZOBOLÉV. — Zur Castuistick der Branchiom Frank (*Zeit.
f. Path.*, 1912).
- THOMANN (L.). — Kystes branchio-amygdaloïdes du cou
(*Thèse Paris*, 1925, n° 229).
- TERRIER et LECÈNE. — Les kystes branchiaux du cou à
structure amygdaloïde (*Revue de Chirurgie*, 1905,
t. 32, p. 757).
- THÉVENIN. — Contribution à l'étude des kystes épithé-
lio-lymphoïdes du cou (*Thèse Bordeaux*, 1912).
- TOMASSELLI. — Contributo allo studio delle cisti e fistole
congenite del collo (*La clinica chirurgica*, 1909,
fasc. 2).
- VEAU. — L'épithélioma branchial du cou (*Thèse Paris*,
1900-1901).
- VEREBELY. — Zwi Falle von dermoïde cysten in der Mun-
dhoble jahrbuch für keinderherlkunde, 1908.
- VIALLETON. — Sur le rôle topographique des arcs bran-
chiaux dans la formation du cou (*Montpellier
médical*, 1907).
- Sur les arcs viscéraux et leur rôle topographique
chez les vertébrés (*Archiv. d'Anat. micro.*, X,
1908, p. 1).
- WENGLOWSKI (R.). — Über die Halsfisteln und Cysten
(*Arch. f. klin. Chir.*, t. 101, p. 789-892, 30 fig.).
-

1581. — Impr. spéciale de la Libr. Le François, 91, Bd St-Germain, Paris. — 12-35.
